

**POCZUCIE SENSU ŻYCIA ORAZ POSTAWA WOBEC SIEBIE
JAKO KATEGORIE SALUTOGENETYCZNE
BADANIA MĘŻCZYZN PO ZAWALE SERCA**

1. Wprowadzenie

Psychologia stosowana, z obszaru problemów zdrowia i choroby, tradycyjnie odwołuje się do pojęć negatywnych. Takie było zapotrzebowanie ze strony praktyki klinicznej przez dziesiątki lat. Dominowało spojrzenie patogenetyczne, czyli poszukiwanie czynników psychologicznych w polietiologii zaburzeń i chorób, zarówno psychicznych, jak i somatycznych. Po dzień dzisiejszy do psychologa trafiają głównie osoby doświadczające choroby, kryzysu, przejawiające zaburzenia zachowania. Od lat 70. XX w. zmieniło się jednak zapotrzebowanie społeczne, gdy okazało się, że rosnące nakłady na leczenie nie przynoszą spodziewanych efektów (tzw. anomalia Cochrana w USA; por. Słońska 1994), a jedyną opłacalną strategią ochrony zdrowia jest jego promocja i prewencja czynników patogennych już na etapie profilaktyki, zanim rozpocznie się proces chorobowy. Między innym w wyniku tego zapotrzebowania, u schyłku lat 70., zrodziła się psychologia zdrowia (Heszen-Niejodek, Sęk 1997). W rezultacie coraz częściej psycholog może praktycznie wykorzystać swoją wiedzę i doświadczenie, pracując dla ludzi zdrowych, którzy nie potrzebują pomocy psychologicznej, a jedynie instruktazu i współpracy w zakresie rozwijania swoich indywidualnych kompetencji, takich jak dobre komunikowanie się z innymi, radzenie sobie ze stresem, umiejętność relaksowania się, trening twórczego myślenia, czy postawy asertywnej. Tego rodzaju działania psychologiczne, odwołujące się do kategorii pozytywnych, stanowią jedną z podstawowych form zastosowania teorii w psychologii zdrowia. Można w niej wyróżnić dwa zasadnicze obszary: promocję zdrowia i prewencję choroby z jednej strony oraz psychologiczne problemy chorych somatycznie, czyli tzw. kliniczną psychologię zdrowia – z drugiej¹. Psychologia

¹ Uznanie klinicznej psychologii zdrowia za subdyscyplinę psychologii zdrowia, dotyczącą osób chorych somatycznie, mija się z pierwotnym znaczeniem tego określenia. Relacja pomiędzy tymi nazwami była odwrotna: kliniczna psychologia zdrowia to kategoria nadrzędna, a psychologia promocji zdrowia i prewencji oraz chorych somatycznie to określenia podrzędne (Heszen-Niejodek, informacja ustna). W Polsce nie przyjęła się jednak ta nazwa w nadrzędnym znaczeniu,

zdrowia wykorzystuje wiele kategorii teoretycznych, pozytywnych i negatywnych. Sama w sobie jest dziedziną pozytywną, ponieważ służy wykorzystaniu wiedzy psychologicznej w rozwijaniu, bądź odzyskaniu potencjału zdrowia. Jest zorientowana na kategorię pozytywną – zdrowie – w takim stopniu, w jakim psychologia kliniczna – na chorobę i zaburzenie. Wątek pozytywnego patrzenia na czynniki determinujące zdrowie rozwinął socjolog A. Antonovsky (1995), który poszukiwał czynników psychospołecznych, warunkujących zachowanie zdrowia, pomimo fizycznego zagrożenia. W rezultacie swoich badań sformułował pojęcie koherencji, czyli spojrzenia na otaczający świat z założeniem, że jest on zrozumiały, sensowny i sterowalny, tzn. podlega świadomym działaniom jednostki. Koherencja należy do pojęć salutogenetycznych², to znaczy do pojęć pozytywnych, służących badaniu czynników psychospołecznych, warunkujących zdrowie. I. Heszen-Niejodek zebrała kategorie salutogenetyczne, stosowane w psychologii zdrowia, przeciwstawiając je odpowiednikom patogenetycznym (Heszen-Niejodek 2000). Po stronie określeń pozytywnych znalazły się takie pojęcia jak: pozytywne emocje (optyzmizm, nadzieja), motyw zdrowotny, wyrażający się poprzez zainteresowanie swoim zdrowiem, zdrowy styl życia, zdrowe pole życiowe, czy wreszcie osobowość odporna i poczucie koherencji. Zbiór kategorii pozytywnych nie jest liczny, ponieważ „pozytywny” dorobek psychologii gromadzony jest zaledwie od ok. 30 lat, a od początku psychologii naukowej dominowały kategorie negatywne. Dobrą ilustracją jest ogólna teorii emocji, rozwijana konsekwentnie w odniesieniu do emocji negatywnych. Stąd całe monografie poświęcone teoriom lęku, gniewu, wrogości i smutku, przy nieproporcjonalnie skromnym dorobku w zakresie psychologicznych teorii szczęścia i miłości (Czapiński 1992). W tym kontekście szczególnie znaczące poznawczo i w zakresie zastosowania wydają się kategorie salutogenetyczne. Celem tego artykułu jest rozważenie, czy do tej kategorii można włączyć takie pojęcia jak: poczucie sensu życia oraz postawa wobec siebie. Obydwa stanowiły podstawę badań predyktorów powrotu do zdrowia mężczyzn po zawale serca ze stabilną chorobą wieńcową (Ostrowski 2002a, b).

Pojęcie „postawa wobec siebie” znane jest od dawna w psychologii „ja”. W badaniach odwołano się do koncepcji i metody W. F. Fittsa, który postawę wobec siebie scharakteryzował, wykorzystując klasyczną teorię postaw (Fitts 1964). Wyróżnił komponent poznawczy postawy – obraz siebie, emocjonalny – samoakceptację i behawioralny, a właściwie jego ekwiwalent – postrzeganie swego zachowania. Treściowo postawa wobec siebie dotyczy wymiaru ja fizycznego, osobowościowego, rodzinnego, społecz-

natomiast wydaje się użyteczna w wyodrębnieniu problemów klinicznych z całości problematyki psychologii zdrowia.

² *Salutis* (gr.) – zdrowie.

nego i moralno-etycznego. Wynik globalny wskazuje na poczucie własnej wartości. Kwestionariusz zawiera również skalę kontrolną o nazwie Samokrytycyzm. Opiera się ona na tym samym założeniu, co skala kłamstwa w kwestionariuszach Eysencka: im wyższy wynik, tym bardziej szczerze i otwarcie badany mówi o sobie.

Nieco bardziej skomplikowana i bogata jest geneza teoretyczna kategorii – poczucie sensu życia. Związana jest ona z antropologią filozoficzną, zaproponowaną przez V. E. Frankla, a dokładniej, z jednym z podstawowych pojęć w jego koncepcji – wolą sensu (Frankl 1959 1984; Nelicki 1990a, b). Kategoria woli sensu zasługuje na uwagę, co najmniej z dwu powodów. Po pierwsze ze względu na konotacje ontologiczne: zalicza się do pojęć z obszaru sfery noetycznej – według V. E. Frankla nadrzędnej w egzystencji człowieka, w stosunku do życia psychicznego i organicznego: wola sensu należy do istoty bytu człowieka. Po drugie: wola sensu stanowi podstawowe, uniwersalne źródło motywacji człowieka do istnienia, poprzez transcendencję ku wartościom; podstawowe w sensie: pierwotne i najsilniejsze z ludzkich motywacji. Zawiera potężny potencjał woli, który świadomie skierowany ku ważnym dla podmiotu wartościom motywuje człowieka do przełamania ograniczeń i barier stawianych w sferze psychicznej – jak negatywne emocje, nastroje, oczekiwania, mechanizmy nerwicowe, tendencje samobójcze, a także organiczne – ograniczenia wynikające z chorób somatycznych (Życińska 1995).

V. E. Frankl w egzystencji człowieka wyróżnia trzy sfery: somatyczną, psychiczną i metapsychiczną – duchową, którą K. Popielski (1994) nazywa noetyczną³. Jest to więc model trójkomponentalny, wynikający z założenia, że egzystencji człowieka nie wyczerpuje sfera somatyczna i psychiczna. Psychofizjologiczny model człowieka według Frankla jest redukcjonistyczny (Frankl 1970). Brakuje w nim sfery zawierającej to, co najbardziej ludzkie i co wyłącznie ludzkie – woli sensu, realizowanej w potencjalnie nieograniczonej wolności. Jest to więc jedyna sfera egzystencji niezdeterminowana, a przynajmniej nie w pełni zdeterminowana przez psychikę, ciało, a także sytuację zewnętrzną. Ową potencjalną autonomię wobec psychiki i organizmu V. E. Frankl wyraża w stwierdzeniu, że człowiek jest fakultatywnie wolny, jakkolwiek faktycznie zdeterminowany (Frankl 1984).

Wola sensu stanowi więc pojęcie z obszaru filozofii człowieka, w jej egzystencjalno-fenomenologicznej postaci. Aby stanowiło kategorię psychologiczną, wydaje się konieczne zredukowanie jego znaczenia do poziomu odniesień psychicznych, a więc podjęcie procesu odwrotnego, w stosunku do poczynąń V. E. Frankla. Gdy on wzbogacił psychoorganiczne kategorie opisu człowieka o sferę noetyczną, ponieważ nie widział innej możliwości zrozumienia egzystencji człowieka, psycholog podejmujący badania empiryczne

³ Od gr. *noeticos* – rozumowy, tutaj: typowo ludzki.

w nawiązaniu do trójkomponentalnego modelu V. E. Frankla, zmuszony jest dokonać pojęciowo-metodologicznej reinterpretacji pojęć antropologicznych, redukując noetyczną wolę sensu do psychologicznego poczucia sensu życia. Aby jednak, pomimo tej redukcji, nie tracić z oczu pełnego wymiaru ludzkiej egzystencji, takiego, jak go nakreślił V. E. Frankl, należy dodać, że poczucie sensu życia – kategorię psychologiczną, podlegającą definiowaniu operacyjnemu (pomiarowemu) zaliczam do pojęć augeretycznych, czyli ubogaconych, poprzez swoje antropologiczne odniesienie. Inaczej mówiąc, jeśli mówimy o sensie życia, to jest to pojęcie, które ma swoje odniesienie egzystencjalne immanentne, tzn. bez względu na to, czy autor je uznaje, czy też nie (tab. 1). Natomiast większość kategorii psychologicznych, a tym bardziej medycznych, nie zawiera w sobie znaczeń antropologicznych. Przez augerę – wzbogacenie⁴ – rozumiem więc proces w pewnym sensie odwrotny w stosunku do redukcji, tzn. nawiązanie do szerszego, antropologicznego kontekstu używanego pojęcia. W psychologii możliwe to jest na etapie interpretacji wyników, a nie ich analizie, która powinna podlegać zasadom weryfikacji hipotez empirycznych w tych kategoriach, w jakich zostały sformułowane. Natomiast interpretacja, czyli autorskie wyjaśnienie wyników, dopuszcza możliwość wyjścia poza ściśle określony obszar swojej macierzystej

Tabela 1

Poczucie sensu – bezsensu życia i postawa wobec siebie w odniesieniu do sfer egzystencji człowieka, wyróżnionych przez V. E. Frankla

Sfera egzystencji	Kategorie teoretyczne		Funkcja salutogenetyczna
Noetyczna (Status pojęć i metodologia filozoficzna)	Wola sensu		Funduje podstawy zasobów osobowych, wykracza poza ograniczenia struktury i funkcji sfer niższych
Psychiczna (Status pojęć i metodologia psychologiczna)	Postawa wobec siebie (dyspozycja)	Potrzeba sensu (dyspozycja). Poczucie sensu – bezsensu życia (stan). Nadawanie sensu poprzez postrzeganie wartości (aktywność)	Przekłada potencję zasobów noetycznych na egzystencję psychiczną, rozwija własne zasoby
Somatyczna (Status i metoda przyrodnicza)	Struktura, proces organiczny		Stanowi organiczne podłoże realizacji zasobów

⁴ *Augère* (łac.) – powiększać, wzbogacić, obficie zaopatrzyć, uświetnić.

dziedziny – w tym wypadku psychologii – w kierunku filozofii egzystencji człowieka. Inaczej mówiąc próby wyjaśniania wyników (odpowiedź na pytanie: dlaczego ujawniła się określona prawidłowość, a nie tylko, co wynika z danych?) mogą mieć charakter refleksji metapsychologicznej⁵.

Takim planem postępowania posłużono się w referowanych tutaj badaniach: zredukowano znaczenie pojęcia wola sensu⁶ do poczucia sensu życia. Zdefiniowano je na poziomie psychologicznym w sposób poznawczy jako przekonanie⁷ człowieka o tym, że w życiu i poprzez nie realizuje istotne dla siebie wartości, co oznacza, że jego egzystencja jest celowa i że sama w sobie stanowi wartość. Wskaźnikiem badawczym poczucia sensu życia jest wynik kwestionariusza J. C. Crumbaugh'a i L. T. Maholicka (1963) Purpose in Life Test w polskiej wersji nazwany: Skalą PLT⁸ (Popielski 1987; Pilecka 1986).

Wyniki przedstawionych tu badań częściowo omówiono we wcześniejszych publikacjach (Ostrowski 2002, 2002a), w których szukano m. in. odpowiedzi na pytanie o różnice w zakresie poczucia sensu życia i postawy wobec siebie pomiędzy dwoma grupami: mężczyzn po zawale serca w stabilnej chorobie wieńcowej, którzy odczuwali objawy dławicowe i tymi, którzy nie odczuwali takich objawów. Stwierdzono, że badani bez objawów angoidalnych charakteryzują się istotnie wyższym poczuciem sensu życia oraz lepszą postawą wobec siebie.

Badano również, jaka jest współzależność pomiędzy poczuciem sensu życia i postawą wobec siebie. Postawę wobec siebie potraktowano jako zmienną zależną, której wariancję w krokowej analizie regresji wyjaśniano m. in. poziomem poczucia sensu życia. Wykazano, że współzależność jest znacząca: poczucie sensu życia jest istotnym predyktorem postawy wobec siebie, ale tylko w grupie mężczyzn po zawale, którzy w okresie badania odczuwali dolegliwości dławicowe (głównie duszność i ból wieńcowy). Wynik ten zinterpretowano jako rezultat doświadczania poważnej choroby somatycznej, znaczący egzystencjalnie. Wobec ograniczeń i dolegliwości somatycznych pytanie o sens staje się bardziej aktualne, a odpowiedź ma większe znaczenie w formowaniu postawy wobec siebie.

Powyższe rezultaty spowodowały postawienie kolejnej hipotezy weryfikowanej w niniejszej pracy: poczucie sensu życia oraz pozytywna postawa wobec siebie będą psychologicznymi predyktorami ustąpienia bólów dławicowych w chorobie niedokrwiennej serca.

⁵ Frankl V. E. przedstawiał swoje poglądy na egzystencję człowieka jako „rozważania metakliniczne”.

⁶ Pojęcie – wola sensu – w teorii V. E. Frankla ma status noetyczny, metapsychologiczny, niezależnie od psychologicznych koncepcji woli.

⁷ Przekonanie – struktura poznawczo-motywacyjna, o charakterze dyspozycji osobowej, należy do klasy determinant zachowania, znanych od dawna w psychologii zdrowia (Model Przekonań Zdrowotnych Hochbauma, rozwinięty przez Rosenstocka).

⁸ Kwestionariusz PLT zbudowany jest zgodnie z podejściem empirycznym.

Hipotezę zweryfikowano, korzystając z kategorii psychologicznych oraz kardiologicznych, po czym dokonano interpretacji wyników z odwołaniem się do augeretycznego charakteru pojęcia sensu życia, poruszając się w zakresie wymiarów egzystencji człowieka, z uwzględnieniem sfery noetycznej.

2. Metody i badana grupa

W badaniach posłużono się, jak wcześniej wspomniano, kwestionariuszem J. C. Crumbaugh'a i L. T. Maholick'a, opublikowanym w roku 1963 jako Purpose in Life Test (w skrócie PIL) w autoryzowanym przekładzie Z. Płużek. W polskiej wersji jest on nazwany: Skalą PLT. Metoda składa się z trzech części, zróżnicowanych pod względem stopnia standaryzacji. Część pierwsza (A) jest 20-pozycyjnym kwestionariuszem pozwalającym zmierzyć za pomocą 7-punktowych skal likertowskich natężenie różnych symptomów poczucia sensu życia. Część B ma charakter metody półprojekcyjnej. Zawiera 14 zdań niedokończonych, z których większość sformułowana jest w pierwszej osobie. Treściowo zdania dotyczą również wybranych aspektów poczucia sensu życia. Część trzecia (C) dostarcza „wytworów własnych”. Instrukcja proponuje badanemu napisanie tekstu zawierającego charakterystykę „dążeń, ambicji i celów w życiu”. W tym opracowaniu zostanie przedstawiona analiza wyników kwestionariusza, czyli części A.

Autorzy PLT oszacowali rzetelność części A na poziomie 0,81 (jest to współczynnik korelacji r -Pearsona, który po zastosowaniu poprawki Spearmana-Browna przyjmuje wysokość 0,90; Popielski 1987). Na podstawie przedstawianych badań stwierdzono, że współczynnik rzetelności całego testu (α -Cronbacha) równy jest 0,83, a liczony na wynikach standaryzowanych wynosi 0,85. Ponieważ jednak wielu autorów wskazuje na wpływ zmiennej aprobaty społecznej w przypadku tej metody, do grupy badawczej przyjmowano osoby, które nie przekraczały ósmego stena w skali kłamstwa kwestionariusza EPQ Eysencka, w opracowaniu K. Pospiszyla (1985). Trafność kwestionariusza oceniano głównie z punktu widzenia jego przydatności do diagnozy frustracji egzystencjalnej, będącej według V. E. Frankla istotą nerwicy noogennej. W tym zakresie, jak stwierdza K. Popielski (1987) metoda okazała się wystarczająco trafna.

Niezależnie od kryteriów selekcji wstępnej zmienną aprobaty społecznej kontrolowano również za pomocą skali Samokrytycyzm z kwestionariusza W. F. Fittsa, zatytułowanego: Skala Badania Obrazu Własnej Osoby (Skala Samooceny) w tłumaczeniu H. Grzegółowskiej i adaptacji w ramach programu, prowadzonego przez K. Jankowskiego w roku 1975. Metody tej użyto do badania postawy wobec siebie. Jest to kwestionariusz zbudowany w nawiązaniu do przedstawionej wcześniej teorii (Fitts 1964).

W celu weryfikacji hipotez zbadano 72 mężczyzn w okresie po zawale serca, ze stabilną chorobą wieńcową. 38 spośród nich odczuwało okresowe objawy dusznicowe, natomiast 34 mężczyzn nie odczuwało dusznicowej bolesnej. Kontrolowano porównywalność tych dwu podgrup pod względem charakteru przebytego zawału, występowania innych schorzeń somatycznych, wieku oraz okresu od wystąpienia zawału. Badano średnio pięć lat po zawale serca. Wiek obydwu grup wynosił ok. 57 lat.

3. Wyniki

Aby wyodrębnić komponenty poczucia sensu życia, przeprowadzono analizę czynnikową wyników uzyskanych za pomocą kwestionariusza PLT, której główne rezultaty przedstawia tab. 1. Bardziej szczegółowo efekty analizy przedstawiono w innej publikacji (Ostrowski 2002). Skorzystano z metody **analizy głównych składowych** (*principal components analysis*) z rotacją *varimax*. Otrzymano 7 czynników, które łącznie wyjaśniają 72,3% wariancji pozycji kwestionariusza (tab. 2). Do poszczególnych czynników włączono te stwierdzenia kwestionariusza, których ładunki czynnikowe wynosiły co najmniej 0,50 i które były najbardziej wysyczone danym czynnikiem. W ten sposób do 7 czynników przyporządkowano wszystkie 20 pozycji kwestionariusza, przy czym, ostatni, siódmy czynnik zawiera jedno stwierdzenie.

Tabela 2

Wyniki analizy czynnikowej PLT (obok nazw czynników podano % wariancji całkowitej, wyjaśnionej przez dany czynnik oraz wartość współczynnika rzetelności α -Cronbacha)

Czynnik I. Wiara w sens istnienia (wyjaśnia 28,6% wariancji, α -Cronbacha = 0,81)
Czynnik II. Nastroj egzystencjalny (wyjaśnia 9,4% wariancji, α -Cronbacha = 0,78)
Czynnik III. Odpowiedzialna kontrola życia (wyjaśnia 9,4% wariancji, α -Cronbacha = 0,66)
Czynnik IV. Afirmacja życia w wolności (wyjaśnia 7,1% wariancji, α -Cronbacha = 0,71)
Czynnik V. Radość życia (wyjaśnia 6,2% wariancji, α -Cronbacha = 0,67)
Czynnik VI. Satysfakcja z życia (wyjaśnia 6% wariancji, α -Cronbacha = 0,54)
Czynnik VII. Stosunek do śmierci (wyjaśnia 5,5% wariancji, nie można obliczyć α -Cronbacha, ponieważ ten czynnik zawiera jedną pozycję kwestionariusza)

Jak wynika z tab. 2 najbardziej znaczącym komponentem poczucia sensu życia jest czynnik I nazwany: **wiara w sens istnienia**, który wyjaśnia prawie 29% wariancji wszystkich wyników. Ma on znaczący współczynnik rzetelności,

podobnie, jak większość pozostałych, za wyjątkiem czynnika VI oraz czynnika VII zawierającego pojedynczą pozycję testu, dotyczącą stosunku do śmierci. Dlatego w dalszej analizie wyników uwzględniono tylko pięć pierwszych czynników.

Celem sprawdzenia, czy poczucie sensu życia oraz postawa wobec siebie są predyktorami ustąpienia bólów dławicowych u mężczyzn po zawale serca, dokonano krokowej analizy regresji. Zmienna zależna miała charakter dwukategorialny. Przyjmowała wartość 0 dla osób, które nie odczuwały objawów dławicowych, a wartość 1 dla mężczyzn z objawami. Zmiennymi niezależnymi były wyniki sumaryczne poczucia sensu życia i postawy wobec siebie. Rezultaty analizy przedstawiono w tab. 3.

Tabela 3

Poczucie sensu życia oraz postawa wobec siebie jako predyktory ustąpienia objawów dławicowych u 72 mężczyzn po zawale serca

Zmienne	Krok	Współczynniki regresji	% wariancji wyjaśnionej	Zmiany % wariancji wyjaśnionej	F jako kryterium kolejnego kroku	Poziom istotności
Postawa wobec siebie	1	-0,32	20	20	17,51	0,000084
Poczucie sensu życia	2	-0,21	23	3	2,43	0,123834

Objawy: 1, brak objawów: 0. Istotność elementów równania regresji (współczynniki regresji standaryzowane) badano za pomocą statystyki t , przy 68 stopniach swobody, natomiast istotność procentu wariancji zmiennej zależnej (komponentów postawy) określano za pomocą statystyki F ($F = SS_{\text{regresja}} / SS_{\text{reszta}}$), liczonej przy 2 i 68 stopniach swobody.

Okazuje się, że postawa wobec siebie jest znaczącym predyktorem ustąpienia bólów dławicowych, nie można tego jednak powiedzieć o poczuciu sensu życia, wyrażonym wynikiem ogólnym kwestionariusza PLT.

We wcześniejszych analizach wyników stwierdzano, że gdy znaczących rezultatów nie udało się uzyskać za pomocą globalnego wyniku skali PLT, owocne okazywało się zastosowanie czynników. Tak zrobiono i tym razem, wprowadzając do równania regresji predyktorów ustąpienia objawów dławicowych w stabilnej chorobie wieńcowej czynniki, wyodrębnione na podstawie wyników PLT. Rezultaty przedstawiono w tab. 4. Najważniejszy, bo wyjaśniający ok. 29% wariancji czynnik – **wiara w sens istnienia** (por. tab. 2) – jest istotnym predyktorem ustąpienia objawów dławicowych u mężczyzn po zawale serca. Na poziomie trendu ujawnia się znaczenie drugiego czynnika, jakim jest **nastrój egzystencjalny**.

Tabela 4

Czynniki wyodrębnione na podstawie wyników kwestionariusza PLT jako predyktory ustąpienia objawów dławicowych u 72 mężczyzn po zawale serca

Zmienne	Krok	Współczynniki regresji	% wariancji wyjaśnionej	Zmiany % wariancji wyjaśnionej	F jako kryterium kolejnego kroku	Poziom istotności
Wiara w sens istnienia	1	-0,24	13	13	10,22	0,002104
Nastroj egzystencjalny	2	-0,22	17	4	3,74	0,057396
Radość życia	3	-0,13	19	2	1,30	0,258850

Objawy: 1, brak objawów: 0. Istotność elementów równania regresji (współczynniki regresji standaryzowane) badano za pomocą statystyki t przy 68 stopniach swobody, natomiast istotność procentu wariancji zmiennej zależnej (komponentów postawy) określano za pomocą statystyki F ($F = SS_{\text{regresja}}/SS_{\text{reszta}}$), liczonej przy 3 i 68 stopniach swobody.

Znak minus przy współczynniku regresji postawy wobec siebie (tab. 3) oraz poczucia sensu życia (tab. 4) oznacza, że im lepsza jest postawa oraz im silniej odczuwany sens życia, tym większe jest prawdopodobieństwo ustąpienia dusznicy bolesnej.

4. Dyskusja wyników

Wyniki potwierdzają hipotezę o prozdrowotnym znaczeniu postawy wobec siebie oraz poczucia sensu życia. Są one znamienne wyższe w grupie mężczyzn po zawale serca bez objawów dławicowych (Ostrowski 2002a) i w analizie regresji ujawniają się jako znamienne, pozytywne predyktory stanu zdrowia. Oznacza to, że w złożonej polietiogenezie dusznicy bolesnej znaczenie mają czynniki psychologiczne. Psychosomatyczne uwarunkowania niedokrwiennej choroby serca znane są od dawna. Omawiane tutaj badania pozwalają poszerzyć kategorie wyjaśniające powrót do zdrowia w chorobie wieńcowej o nowe pojęcia: postawa wobec siebie i poczucie sensu życia.

Przechodząc do poziomu interpretacji wyników w wymiarze metapsychologicznym można zapytać dlaczego poczucie sensu życia może sprzyjać zachowaniu, bądź powrotowi do zdrowia. Z literatury wiadomo, że odczuwanie pustki życiowej, bezsensu, uogólnianego w różnym stopniu na sfery życia, aż do poczucia totalnego bezsensu, jest nie tylko podstawowym objawem różnicowym nerwicy noogennej (Frankl 1973; Juczyński 1987; Siwak-Kobayashi 1987; Wolańczyk 1984), ale sprzyja różnym formom psycho-

patologii w postaci kryzysów emocjonalnych, depresji, zamachów samobójczych oraz uzależnieniu od narkotyków (Gaś 1986; Płużek 1996). Badania dotyczące znaczenia poczucia sensu życia w odniesieniu do zdrowia fizycznego są nieliczne (Popielski 1994, 1999; Życińska 1995), ale i w tym wypadku podstawowa zasada wydaje się taka sama: jeśli wola sensu jest podstawową siłą, dzięki której dochodzi do skutku egzystencja człowieka, to jej realizacja w kontekście cenionych przez człowieka wartości ma zasadnicze znaczenie w procesie odzyskiwania zdrowia. Jeśli człowiek w swej egzystencji, tak jak go widzi V. E. Frankl (1978; Popielski 1987a) – jest istotą zorientowaną całym swym istnieniem na zmierzanie ku transcendentnym, obiektywnie istniejącym wartościom – to właśnie owa wola sensu – podstawa dynamiki noetycznej – sprawia, że pokonuje on chorobę, zaburzenie i kryzys. Przeciwnie, tracąc podmiotowy kontakt ze światem wartości, pogrąża się w patologii.

Jeśli poczucie sensu życia uznać za psychologiczny odpowiednik woli sensu, to zarówno na poziomie wnioskowania z badań klinicznych, jak i interpretacji teoretycznej kategoria poczucia sensu życia wydaje się zasługiwać na miano pojęcia salutogenetycznego, ponieważ wyjaśnia w sposób pozytywny mechanizmy służące zdrowiu człowieka, a działające na każdym poziomie egzystencji: organicznym, psychicznym i noetycznym.

5. Wnioski

1. Istotnym predyktorem ustąpienia objawów dławicowych u mężczyzn po zawale serca w stabilnej chorobie wieńcowej jest postawa wobec siebie oraz poczucie sensu życia. Im lepsza jest postawa oraz im silniej odczuwany jest sens życia, tym większe jest prawdopodobieństwo ustąpienia duszniczy bolesnej.

2. W świetle wyników badań postawa wobec siebie oraz poczucie sensu życia jawią się jako czynniki istotne w prewencji trzeciego stopnia choroby niedokrwiennej serca.

3. Jako predyktory ustąpienia objawów dławicowych w stabilnej chorobie wieńcowej postawa wobec siebie oraz poczucie sensu życia ujawniają swój salutogenetyczny charakter.

4. W refleksji metaklinicznej V. E. Frankla wola sensu jest zasadniczym dynamizmem egzystencji człowieka. Istnieć oznacza zmierzać ku wartościom. Transcendencja jest warunkiem egzystencji. Zaniechanie wartości oznacza zagrożenie istnienia. Na poziomie psychologicznym przejawia się to jako osłabione poczucie sensu życia, w wymiarze organicznym – jako choroba somatyczna.

Bibliografia

- Antonovsky A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Fundacja Instytutu Psychoneurologicznego, Warszawa.
- Czapiński J. (1992), *Psychologia szczęścia*, Akademos, Warszawa.
- Fitts W. F. (1964), *Tennessee Self Concept Scale*, Counselor Recordings & Tests, Tennessee.
- Frankl V. E. (1959), *Man's Search for Meaning. An Introduction to Logotherapy*, Beacon Press, New York.
- Frankl V. E. (1970), *Redukcjonizm*, „Więź”, 9, 3–14.
- Frankl V. E. (1973), *Egzystencjalna pustka*, „Życie i Myśl”, 5, 3–14.
- Frankl V. E. (1978), *Nieuświadomiony Bóg*, Instytut Wydawniczy Pax, Warszawa.
- Frankl V. E. (1984), *Homo Patiens*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa.
- Gaś Z. B. (1986), *Poczucie sensu życia u młodzieży używającej środków odurzających*, [w:] B. Pilecka (red.), *Osobowościowe i środowiskowe korelaty poczucia sensu życia*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów, 89–105.
- Heszen-Niejodek I. (2000), *Udział psychologii w rozwiązywaniu problemów zdrowia somatycznego*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 443–464.
- Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.), (1997). *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Juczyński Z. (1987), *Nerwica noogenna w ujęciu V. E. Frankla i jej miejsce w systematyce zaburzeń nerwicowych*, [w:] K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte*, Wydawnictwo KUL, Lublin, 269–272.
- Nelicki A. (1990a), „Metakliniczna” koncepcja osoby V. E. Frankla, [w:] A. Gałdowa (red.), *Wybrane koncepcje osobowości. Część I*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, 139–158.
- Nelicki A. (1990a), *Kategoria osoby w koncepcjach Victor E. Frankla i Gordona W. Allporta*, „Przegląd Psychologiczny”, 33(1), 77–85.
- Ostrowski T. M. (2002), *Zmiany w obszarze poczucia sensu życia u osób po zawale serca*, [w:] D. Jasiecka-Kubacka (red.), *Człowiek wobec zmiany. Rozważania psychologiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 135–144.
- Ostrowski T. M. (2002a), *Motywacja noetyczna w psychologicznej koncepcji radzenia sobie ze stresem*, [w:] I. Heszen-Niejodek (red.), *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem*, Stowarzyszenie: Psychologia i Architektura, Poznań, 47–76.
- Ostrowski T. M. (2002b), *Choroba niedokrwienna serca w perspektywie egzystencjalnej*, [w:] *Psychologiczne problemy w chorobie niedokrwiennej serca. Warsztat zorganizowany przez Pracownię Psychologii Zdrowia Wydziału Psychologii UW oraz Zakład Psychologii Medycznej AM w Warszawie*, Uniwersytet Warszawski, Warszawa, 80–96.
- Pilecka B. (1986), *Test Poczucia Sensu Życia – Purpose-in-Life-Test (PLT)*, [w:] B. Pilecka (red.), *Osobowościowe i środowiskowe korelaty poczucia sensu życia*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Rzeszów, 63–66.
- Plużek Z. (1996), *Osobowościowe uwarunkowania pytania o sens życia*, [w:] K. Popielski (red.), *Człowiek – wartości – sens*, Wydawnictwa KUL, Lublin, 365–370.
- Popielski K. (1987), *Testy egzystencjalne: Metody badania frustracji egzystencjalnej i nerwicy noogennej*, [w:] K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte*, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin, 237–261.
- Popielski K. (1987a), „Sens” i „wartość” życia jako kategorie antropologiczno-psychologiczne, [w:] K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte*, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin, 107–140.

- Popielski K. (1994), *Neotypyczny wymiar osobowości*, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin.
- Popielski K. (1999), *Noopsycho-somatyka: propozycja nowego podejścia diagnostyczno-terapeutycznego*, „Przegląd Psychologiczny”, 42(4), 17–41.
- Pospiszyl K. (1985), *Psychopatia*, PWN, Warszawa.
- Siwak-Kobayaschi M. (1987), *Problemy noogenne w nerwicach*, [w:] K. Popielski (red.), *Człowiek – pytanie otwarte*, Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin, 273–288.
- Słomska Z. (1994), *Promocja zdrowia – zarys problematyki*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, 1–2, 37–52.
- Trzópek J. (1999), *Człowiek w ujęciu logoterapii Viktora Frankla*, [w:] M. Opoczyńska, (red.), *Wprowadzenie do psychologii egzystencjalnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Wolańczyk W. (1984), *V. E. Frankla koncepcja frustracji egzystencjalnej*, „Przegląd Psychologiczny”, 27, 887–892.
- Życińska J. (1995), *Twórcze kształtowanie samego siebie poprzez doświadczenie nieuleczalnej choroby (na przykładzie chorych na stwardnienie rozsiane)*, [w:] I. Heszen-Niejodek (red.), *Doświadczenie kryzysu – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń?*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 89–117.